



Hantering av hot och våld inom psykiatri – interventionsstrategier vid pågående våldshändelser

SBU KOMMENTARER | KOMMENTAR OCH SAMMANFATTNING AV UTLÄNDSKA KUNSKAPSÖVERSIKTER

20 DECEMBER 2016 | WWW.SBU.SE/2016_13

I de fall förebyggande insatser inte haft avsedd effekt och en patient blir aggressiv och våldsam måste omedelbara åtgärder sättas in för att hindra patienten från att skada andra eller sig själv. Detta omfattar vanligtvis någon form av fysiskt ingripande. Om patienten inte omedelbart lugnar sig, och andra alternativ är uttömda, kan tvångsåtgärder bli aktuella för tvångsvårdade patienter. Insatser riktas mot att få det farliga beteendet att minska eller upphöra samt att skydda de som drabbas av våldet och patienten själv från fysiska och psykologiska skador. Eftervård i form av att lyssna på och ge stöd till de som omfattades av våldshändelsen är ofta viktigt och kan bidra till att förebygga att nya händelser uppstår.

SBU har här sammanfattat och kommenterat underlaget till det brittiska National Institute for Health and Care Excellence (NICE) riktlinjer Violence and aggression: Short-term management in mental health, health and community settings – NICE guidelines NG10 från år 2015 [1]. SBU har inte granskat de studier som utgör underlaget för NG10 utan redogör här för de resultat och slutsatser som presenteras i rapporten och som bygger på litteratursökningar och analyser utförda av NICE.

NICE har i samband med framtagandet av guidelines NG10 utvärderat olika interventioner vid händelse av våld och aggression (akutfasen) och under perioden direkt efter att en våldsam eller aggressiv händelse har inträffat (post-eventfasen), hos vuxna personer inom psykiatrisk öppen- och slutenvård. För akutfasen utgörs de utvärderade interventionerna av isolering och fasthållning (både fysisk fasthållning och fastspänning) medan interventioner direkt efter inträffat våld eller aggression (post-eventfas) utgörs av icke-restriktiva hanteringsstrategier.

SBU:s sammanfattning

Översikten har sammanställt kunskapsunderlaget för icke-farmakologiska interventioner för att hantera våld och aggression inom psykiatrisk vård, både under och

Kommenterad rapport

NICE (2015). Violence and aggression: Short-term management in mental health, health and community settings. ISBN 978-1-4731-1234-6. National Institute for Health and Care Excellence, London [1].
Publicerad: 2015-05-28 • Senaste sökning: 2014-08

omedelbart efter akuta situationer. Sammantaget ansåg författarna till översikten att kunskapsunderlaget var otillräckligt för att bedöma effekterna av restriktiva åtgärder såsom fasthållning och isolering. Underlaget var även otillräckligt för att säkert kunna avgöra effekter av uppföljande samtal efter en akut händelse.

SBU:s kommentarer

- ▶ Endast ett fåtal studier uppfyllde urvalskriterierna. De som inkluderades bedömdes vara icke-konklusiva och av låg eller mycket låg kvalitet. De rekommendationer som görs i NICE guidelines NG10 baseras därför i hög grad på Guideline Development Groups konsensus och i viss mån NICE tidigare rapport (NICE clinical guideline 25). Rapportens värde är därför svår att bedöma och spårbarheten av evidensen bakom rekommendationerna låg.
- ▶ En betydande svårighet i forskning om bemötande och hantering av hot och våld, fränsett studier om att jämföra effekter av olika lugnande läkemedel, är att det sällan etiskt är försvarbart att genomföra randomiserade och kontrollerade studier, till exempel jämförelser av effekter av att slumpvis valda våldsamma patienter antingen stoppas genom att bli fastspända eller genom att låta patienten vara ifred och lugna sig själv. En sådan design skulle troligtvis medföra en alltför stor risk för fysisk och psykologisk skada i det akuta läget på närvarande personer.

- ▶ Ett fysiskt ingripande från personal innebär alltid risk för skada både för patient och personal. Det har även visat sig att träningsstillfällen för personal i fysiska ingripanden i vissa fall kan generera mer fysiska skador och sjukskrivningar än fysiska ingripanden i verkliga situationer. Det kan bland annat bero på att träningsstillfällen ofta inkluderar samtlig personal, även de som är otränade och ovana vid denna typ av fysisk aktivitet, medan verkliga ingripanden oftast genomförs av personal som är mer van och känner sig lämpade.
- ▶ Det finns flera skillnader i lagstiftning och arbetssätt vad gäller icke-farmakologiska interventioner mellan Sverige och Storbritannien som gör att resultaten inte självklart kan överföras till svenska förhållanden (**Faktaruta 1**). I Sverige är fastspänning (mechanical restraint) en relativt vanlig tvångsåtgärd medan den i Storbritannien är sällsynt. I Storbritannien används istället ofta manuell fysisk fasthållning vilket inte är tillåtet i Sverige annat än vid akuta nödsituationer och endast fram till att läkare skyndsamt tillkallats (**Faktaruta 2**). En annan skillnad är att isolering (seclusion) är en vanligt förekommande tvångsåtgärd i Storbritannien vilket inte är fallet i Sverige. Med isolering avses att patienten mot sin vilja blir inlåst i ett särskilt rum, vanligtvis med så lite stimuli som möjligt och med regelbunden övervakning via ett fönster eller elektronisk monitorering. Även om så kallad avskiljning är en laglig tvångsåtgärd i Sverige, innebär det i allmänhet att patienten vistas i sitt eget rum, ofta med ständig tillsyn av personal.
- ▶ I Storbritannien är det vanligt att övervakning görs med digital övervakningsteknik (CCTV), framför allt vid entréer, i gemensamma patientutrymmen och i isoleringsrum. I svensk psykiatrisk heldygnsvård är det sällsynt med digital övervakning inne på avdelningar.
- ▶ I rapporten formulerades totalt 23 frågor inför litteraturgranskningen men endast ett fåtal

av dessa (förändringar av den fysiska miljön, isolering, fysisk eller mekanisk fasthållning och insatser efter en incident) gick att besvara och kommentera utifrån de inkluderade studierna. De frågor som inte gick att besvara omfattade patienters, personals och närståendes upplevelser och erfarenheter av om det finns skillnader i bemötande och hantering av hot och våld. Såsom skillnader beroende på patientens etniska bakgrund, kön och om patienten har fysiska funktionshinder (11 frågor) samt effekten vid användande av larm och övervakningsmonitorer (1), nertrappningsmetoder (1), förflyttning till enhet med högre säkerhetsgrad (1) och polisinsatser (3).

Sammanfattning av originalrapporten

Hanteringsstrategier i akuta situationer – om studierna i originalrapporten

Det vetenskapliga underlaget för utvärdering av interventionsmetoder under akutfasen inom öppen- och slutenvård utgörs av fyra systematiska litteraturoversikter [2–5], två randomiserade kontrollerade studier (RCT) [6,7] samt två observationsstudier [8,9] (**Tabell 1**). Tre av de systematiska översikterna utvärderade effekt, säkerhet och förekomst av isolering och fasthållning hos vuxna patienter inom psykiatrisk öppen- och slutenvård [3–5]. Den fjärde översikten undersökte mentalskötares erfarenheter av, och faktorer som påverkar beslut om isolering [2]. I översikterna ingick studier med olika typer av design; observationsstudier, kvalitativa studier, registeranalyser samt fall-kontrollstudier.

De två RCT-studierna jämförde fastspänning (mechanical restraint) med isolering (seclusion) hos personer med allvarlig psykisk sjukdom i psykiatrisk akutvård [7] respektive slutenvård [6]. De två observationsstudierna undersökte erfarenheter avseende tvångsmedicinering och/eller isolering [8] eller uppföljande samtal och utbildning [9] hos personer med psykotisk sjukdom inom slutenvård. Studierna i det ingående kunskapsunderlaget bedömdes ha lågt bevisvärde med brister beroende på små patientpopulationer samt omfattande kvalitetsbrister.

Tabell 1 Studiekarakteristik interventionsmetoder – Akut fas.

	Litteratur	Antal studier	Antal individer	Land
	Happell 2010 [2]	28	Ej rapporterat	Ej rapporterat
	Nelstrop 2006 [3]	35	Ej rapporterat	Ej rapporterat
	Stewart 2009a [4]	45	Ej rapporterat	Ej rapporterat
	van der Merwe 2009 [5]	115	Ej rapporterat	Ej rapporterat
	Bergk 2011 [6]	1	21	Tyskland
	Huf 2012 [7]	1	105	Brasilien
	Georgieva 2012 [8]	1	161	Nederländerna
	Whitecross 2013 [9]	1	31	Australien
Studiedesign	Systematisk litteraturöversikt [2–5] Randomiserad klinisk studie [6,7] Observationsstudie [8,9]			
Studiepopulation	Sjuksköterskor inom psykiatri [2] Vuxna patienter inom psykiatrisk slutenvård [3,4,6,8,9] Patienter inom psykiatrisk slutenvård [5] Patienter inom psykiatrisk akutvård [7]			
Intervention	Isolering [2] Isolering och fysisk fasthållning [3] Fysisk fasthållning [4] Isolering [5] Fastspänning [6,7] Tvångsmedicinering och/eller isolering [8] Post-isoleringsrådgivning och utbildning [9]			
Kontroll	Ej tillämplig [2] Standardvård eller alternativa behandlingsstrategier [3–5] Isolering [6,7] Ingen tidigare erfarenhet av tvångsåtgärder [8] Vanlig vård [9]			
Effektåtgång	Vårdpersonalens erfarenheter [2] Effektivitet och säkerhet av restriktiva interventioner samt förekomst av skadliga händelser [3] Patienternas och personalens erfarenheter och upplevelser samt förekomst av skadliga händelser [4] Patienternas och personalens erfarenheter och upplevelser [5] Coercion Expression Scale, PANSS Aggression Score [6] Behov att ändra interventionen inom en timme, anpassning utvärderat som behov att ringa läkare eller medgivande att ta mediciner, förekomst av negativa händelser [7] Preferens för isoleringsmetod inför framtida/kommande liknande händelser [8] Erfarenhet av isoleringsrelaterat våld, antalet fall av isolering och antalet timmar i isolering [9]			

Hanteringsstrategier för akuta situationer – resultat

Författarna till den systematiska översikten av Nelstrop 2006, som baseras på 35 observationsstudier utförda inom slutenvård, fann att kunskapsunderlaget var otillräckligt för att avgöra om isolering respektive fasthållning är effektiva metoder för akut hantering av våld och aggression [3].

En randomiserad kontrollerad studie med 105 patienter intagna för psykiatrisk akutvård utgör ett begränsat vetenskapligt underlag för att isolering inte hade sämre

effekt än fasthållning, mätt som behov att ändra interventionen, följa medicinering och förekomst av negativa effekter [7].

En systematisk översikt bestående av 45 studier som utvärderat manuell fasthållning [4] och en systematisk översikt bestående av 115 studier som utvärderat isolering redovisade att patienterna hade negativa känslor och attityder till isolering [5] och fasthållning, såsom rädsla, smärta och ilska. Det samlade kunskapsunderlaget bedömdes dock av NICE vara av låg kvalitet.

Ytterligare två observationsstudier redovisade patienterfarenheter av fasthållning och isolering. En studie med 31 patienter redovisade att 47 procent av patienterna som isolerats upplevde posttraumatiska stressymtom [9]. En studie med 161 patienter rapporterade att patienternas preferens för isolering eller tvångsmedicinering påverkas av tidigare erfarenheter [8]. Resultaten indikerade att bland personer som saknade erfarenhet eller hade tidigare erfarenhet av både isolering och tvångsmedicinering föredrog de flesta tvångsmedicinering. Studierna bedömdes dock ha lågt bevisvärde.

Även personal inom psykiatrisk vård är negativa till restriktiva interventioner. I ovan redovisade översikter [4,5] samt ytterligare en systematisk översikt med 28 studier [2] som utvärderat isolering fann man att även om personalen ansåg att restriktiva interventioner var nödvändiga var det förenat med negativa upplevelser och känslor hos personalen och ansågs ha negativ effekt på den terapeutiska alliansen.

Hanteringstrategier efter händelsens akuta fas – om studierna i originalrapporten

Det vetenskapliga underlaget för utvärdering av interventionsmetoder under post-eventfasen inom både öppenvård och slutenvård utgörs av en systematisk översikt [10] och en observationsstudie [9] (Tabell 2). Den systematiska översikten utvärderade metoder för att hantera situationer efter en våldssituation riktad mot vårdare. Observationsstudien undersökte effekt av debriefing efter isolering hos 31 patienter med de övervägande diagnoserna schizofreni och schizoaftaktiv sjukdom.

Hanteringstrategier efter händelsens akuta fas – resultat

Det samlade kunskapsunderlaget, baserat på en systematisk översikt med 10 ingående studier och en observationsstudie, där samtliga studier var utförda inom slutenvård, bedömdes vara av låg kvalitet. Det gick inte att dra några slutsatser om effekter på brukare och vårdare av hanteringsstrategier (t.ex. olika former av debriefing och stödjande samtal) efter en våldsam handling. Däremot visade resultaten sammanfattningsvis att våldet kan vara omskakande för både personal och patienter. Författarna till översikten menar dock att god vård bör innehålla någon form av stöd och träning för att hantera situationen efter en våldssituation.

Hälsoekonomiska aspekter

Sammanfattningsvis rapporterar NICE att inga studier identifierats har som kan belysa frågor om kostnadseffektivitet för icke-farmakologiska interventioner ämnade att stoppa pågående våld- och aggressionshändelser hos vuxna personer inom psykiatrisk vård.

Originalrapportens slutsatser

- Kunskapsunderlaget är otillräckligt för att bedöma effekter av isolering och fasthållning samt andra typer av restriktiva åtgärder under akutfas. Det vetenskapliga underlaget från undersökningar av brukarerfarenheter indikerar att brukare ogillar både isolering och fasthållning.
- Det tillgängliga kunskapsunderlaget är otillräckligt för att dra slutsatser om effekter och erfarenheter av strategier och metoder för att hantera post-eventfasen.

Tabell 2 Studiekarakteristik för interventionsmetoder – Post-eventfas.

	Litteratur	Antal studier	Antal individer	Land
	Lim 2010 [10] Whitecross 2013 [9]	10 1	Ej rapporterat 31	Ej rapporterat Australien
Studiedesign	Systematisk översikt [10] Observationsstudie [9]			
Studiepopulation	Sjuksköterskor inom slutenvård med tidigare erfarenhet av hantering av våld och aggression [10] Vuxna patienter inom psykiatrisk slutenvård [9]			
Intervention	Post-eventmanagementstrategier [10] Rådgivning utförd 3–7 dagar efter händelse av isolering, samtal, rådgivning eller mental träning [9]			
Kontroll	Standardvård eller alternativa interventionsmetoder [10] Ad hoc debriefing [9]			
Effektåtgång	Vårdgivarnas erfarenheter [10] Antal restriktiva interventioner, antal timmar i isolering under pågående episod samt patientens upplevelser [9]			

Faktaruta 1 Tvångsätgärder.

Tvångsätgärder i Sverige regleras i Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) (1991:1128) och beslutas av behörig läkare. Beslut ska stå i rimlig proportion till syftet med åtgärden och andra mindre ingripande åtgärder måste ha bedömts otillräckliga. De vanligaste tvångsätgärdena som används i mer akuta situationer är tvångsbehandling i form av tvångsinjektion samt avskiljning och fastspänning. Dessa åtgärder har delvis olika indikationer. Beslut om avskiljning får endast fattas om patientens aggressiva eller störande beteende allvarligt försvårar vården av de andra patienterna. Fastspänning kan bara beslutas om det finns en omedelbar fara för att patienten allvarligt skadar sig själv eller någon annan medan tvångsinjektion får användas om det är nödvändigt för att uppnå syftet med tvångsvården. I svensk psykiatri har stora satsningar gjorts de senaste åren via Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) för att säkerställa en korrekt inrapportering av tvångsätgärder till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) samt generellt minska behovet och därmed användandet av tvångsätgärder.

Lästips:

Svenska psykiatriska föreningen och Gothia fortbildning. Psykiatrisk tvångsvård: kliniska riktlinjer för vård och behandling. Gothia fortbildning, 2013.

Faktaruta 2 Brottsbalkens nödregler.

Om patienten har ett akut farligt beteende och det inte omedelbart går att nå läkare för ställningstagande och beslut, kan det bli aktuellt att ta kontroll över patienten med stöd av brottsbalkens nödregler: nödvärn och nödrätt (1994:458). Vem som helst kan fatta beslut om ingripande enligt nödreglerna. Förutsättningen är att det våld som används i ingripandet står i proportion till situationens farlighet och att rätten att ingripa upphör så snart det farliga beteendet upphört. Läkare ska snarast tillkallas för vidare beslut. Det finns ingen skyldighet för vårdpersonal att hindra farliga situationer med stöd av nödreglerna. Om risk för skada bedöms som stor är det bättre att om möjligt backa ur situationen, sätta andra i säkerhet och tillkalla polis. Detta gäller inte minst situationer som inträffar på enheter som ligger utanför större institutioner och där möjlighet till förstärkning från närliggande avdelningar inte finns.

Faktaruta 3 Uppföljningssamtal.

I en promemoria från Socialdepartementet föreslås en lagreglerad skyldighet för vårdgivaren att erbjuda patienter uppföljningssamtal efter en genomförd tvångsätgärd (Ds2014:28). I uppföljningssamtalet ges patienten möjlighet att redogöra för hur hen upplevde åtgärden. Samtal kan föras hur liknande konfliktsituationer som uppkommer i framtiden kan hanteras så att användandet av tvångsätgärder om möjligt undviks. Under de senaste åren har många svenska psykiatriska vårdgivare redan etablerat rutiner för denna typ av uppföljningssamtal.

SBU:s granskning av originalrapporten

Vid SBU:s genomgång av originalrapporten användes en granskningsmall för systematiska översikter som kallas AMSTAR [11]. SBU:s bedömning av NICE guidelines NG10 visade att litteratursökning, studieurval och dataextraktion uppfyllde definierade kvalitetskrav för en systematisk översikt.

Referenser

1. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Violence and Aggression: Short-Term Management in Mental Health, Health and Community Settings: Updated edition. London: British Psychological Society; 2015. (NICE Guideline, No. 10.) Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK305020/>.
2. Happell B, Harrow A. Nurses' attitudes to the use of seclusion: a review of the literature. *Int J Ment Health Nurs* 2010;19:162-8.
3. Nelstrop L, Chandler-Oatts J, Bingley W, Bleetman T, Corr F, Cronin-Davis J, et al. A systematic review of the safety and effectiveness of restraint and seclusion as interventions for the short-term management of violence in adult psychiatric inpatient settings and emergency departments. *Worldviews Evid Based Nurs* 2006;3:8-18.
4. Stewart D, Bowers L, Simpson A, Ryan C, Tziggili M. Manual restraint of adult psychiatric inpatients: a literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2009;16:749-57.
5. van der Merwe M, Bowers L, Jones J, Simpson A, Haglund K. Locked doors in acute inpatient psychiatry: a literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2009;16:293-9.
6. Bergk J, Einsiedler B, Flammer E, Steinert T. A randomized controlled comparison of seclusion and mechanical restraint in inpatient settings. *Psychiatr Serv* 2011;62:1310-7.
7. Huf G, Coutinho ES, Adams CE, Group T-SC. Physical restraints versus seclusion room for management of people with acute aggression or agitation due to psychotic illness (TREC-SAVE): a randomized trial. *Psychol Med* 2012;42:2265-73.

8. Georgieva I, Mulder CL, Wierdsma A. Patients' preference and experiences of forced medication and seclusion. *Psychiatr Q* 2012;83:1-13.
9. Whitecross F, Seery A, Lee S. Measuring the impacts of seclusion on psychiatry inpatients and the effectiveness of a pilot single-session post-seclusion counselling intervention. *Int J Ment Health Nurs* 2013;22:512-21.
10. LIM B-CE. A systematic literature review: managing the aftermath effects of patient's aggression and violence towards nurses. *Singapore Nursing Journal* 2010;37:18-24.
11. Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Med Res Methodol* 2007;7:10.

Projektgrupp

Sakkunnig

Anna Björkdahl, legitimerad sjuksköterska, med dr, Centrum för psykiatriforskning, Stockholms läns sjukvårdsområde

SBU

Mikael Nilsson, projektledare
Magnus Lekman, projektledare
Martin Norman, projektledare
Jenny Stenman, projektadministratör

Granskare

Henrik Andershed, professor i psykologi och kriminologi, Örebro universitet

Bindningar och jäv

Sakkunniga och granskare har i enlighet med SBU:s krav inlämnat deklARATION rörande bindningar och jäv. Dessa dokument finns tillgängliga på SBU:s kansli. SBU har bedömt att de förhållanden som redovisas där är förenliga med kraven på saklighet och opartiskhet.

SBU utvärderar sjukvårdens och socialtjänstens metoder

SBU, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, är en statlig myndighet som utvärderar hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens metoder. SBU analyserar metodernas nytta, risker och kostnader och jämför vetenskapliga fakta med praxis inom svensk vård och socialtjänst. Målet är att ge ett bättre beslutsunderlag för alla som avgör hur vården och omsorgen ska utformas.

SBU Kommenterar och sammanfattar utländska kunskapsöversikter inom medicin och socialtjänst. SBU granskar översikten men inte de enskilda studierna. Forskning som förändrar kunskapsläget kan ha tillkommit.

SBU Kommenterar nr 2016_13

SBU:s rapporter finns i pdf på www.sbu.se. Kontakta 08-779 96 85 eller sbu@strd.se för beställning.

Ansvarig utgivare: Susanna Axelsson, GD SBU
Programsamordnare: Mikael Nilsson, SBU
Grafisk produktion: Emma Österman, SBU

SBU – Statens beredning för medicinsk och social utvärdering
Telefon: 08-412 32 00
E-post: registrator@sbu.se
Webbplats: www.sbu.se

Innehållsdeklaration

- ✓ Relevansgranskning
- ✓ Kvalitetsgranskning
 - Sammanvägning av resultat
 - Evidensgradering gjord av SBU
- ✓ Evidensgradering gjord externt
- ✓ Baseras på en systematisk litteraturoversikt
- Konsensusprocess

- ✓ Tas fram i samarbete med sakkunniga
- ✓ Patienter/brukare medverkar
- ✓ Etiska aspekter
- ✓ Ekonomiska aspekter
- ✓ Godkänd av SBU:s prioriterings- och kvalitetsgrupp
- ✓ Godkänd av SBU:s nämnd